

ALLEGATO A.4)

Alla Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest
Via Antonio Gramsci n. 561
50019 Sesto Fiorentino (FI)
PEC: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

**AVVISO PUBBLICO RISERVATO AGLI ENTI DEL TERZO SETTORE DI RIAPERTURA DELLA PROCEDURA
DI COPROGETTAZIONE AI FINI DELLA SUA ESTENSIONE ALLA SPERIMENTAZIONE
NELLA ZONA FIORENTINA NORD OVEST DEL TRASPORTO DI SOGGETTI CON FRAGILITA'
SOCIO-ECONOMICA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 746/2023
ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017, e ss.mm.ii.,
e dell'art. 11 della legge regionale n. 65/2020**

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Il sottoscritto _____

nato a: _____ () il _____

Codice Fiscale _____

in qualità di Legale Rappresentante di _____

con sede in: _____ Via _____

Partita IVA/CF _____

Telefono: _____

E-mail: _____

PEC: _____

Con la presente manifesta il proprio interesse alla partecipazione all'attività di coprogettazione delle attività concernenti il servizio di accompagnamento sociale per la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

In relazione al suddetto avviso il sottoscritto, ai sensi e nei modi di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445, e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di manifestare il proprio interesse in qualità di Legale Rappresentante di:

Associazione di Promozione Sociale

Organizzazione di Volontariato

Ente filantropico

Impresa Sociale

Altro _____ (specificare quale)

9. di avere esperienza specifica nella gestione dell'attività di accompagnamento sociale o di trasporto di persone con fragilità socio-economica, come di seguito specificato

10. volontari destinati all'attività (specificare numero ed eventuale possesso da parte degli stessi di formazione specifica)

11. eventuali ulteriori elementi (quali riconoscimenti, certificazioni, encomi, ecc.) ritenuti utili per illustrare l'esperienza dell'Ente che si rappresenta:

In relazione al suddetto avviso il sottoscritto, in nome e per conto dell'Ente del Terzo Settore

DICHIARA ALTRESI'

12. di garantire che i volontari disponibili alle attività di accompagnamento sociale si ispirino a principi analoghi a quelli contenuti nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici e che siano in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'espletamento delle attività citate;

12. di autorizzare al trattamento dei dati personali;

13. di indicare i seguenti recapiti ai quali inoltrare le relative comunicazioni:

Telefono: _____

E-mail: _____

PEC: _____

Data: _____

Firma del Legale Rappresentante

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). in materia di trattamento dati personali che:

1. il conferimento dei dati richiesti è indispensabile, pena esclusione, per l'espletamento della procedura "AVVISO PUBBLICO RISERVATO AGLI ENTI DEL TERZO SETTORE DI RIAPERTURA DELLA PROCEDURA DI COPROGETTAZIONE AI FINI DELLA SUA ESTENSIONE ALLA SPERIMENTAZIONE NELLA ZONA FIORENTINA NORD OVEST DEL TRASPORTO DI SOGGETTI CON FRAGILITA' SOCIO-ECONOMICA DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 746/2023 per la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017, e ss.mm.ii., e dell'art. 10 della legge regionale n. 65/2020";
2. il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza;
3. il trattamento dei dati della manifestazione di interesse avverrà presso la SdS Fiorentina Nord Ovest con l'utilizzo di procedure anche informatiche per perseguire le predette attività, compresa quella di richiesta di accesso agli atti di detta procedura e/o controlli;
4. che il titolare del trattamento cui può rivolgersi per l'esercizio dei citati diritti è la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest e, in particolare, il Responsabile è il dott. Andrea Francalanci, Direttore della Società della Salute.

Data: _____

Firma del Legale Rappresentante

(se la richiesta è trasmessa tramite PEC è possibile anche la firma digitale)

Si allega:

- 1. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore o di un documento di riconoscimento equipollente (ai sensi dell'art. 35, comma 2, del DPR n. n. 445/2000, e ss.mm.ii.)**